

Filière de formation Infirmière Puéricultrice

12 Bd Maréchal de Lattre de Tassigny
BP 77908 - 21079 DIJON Cedex
Tél. : 03.80.29.33.69
Directrice : Yamina KROUK
Responsable de formation : Laurence LAGARDE
E-mail : ERIP@chu-dijon.fr

Dossier d'Inscription Sélection 2025

Inscription du 8 janvier 2025 au 21 février 2025

Le dossier est à retourner avant **le 21 février 2025 inclus** (cachet de la poste faisant foi) par voie postale à l'adresse suivante :

**Ecole Régionale d'Infirmières Puéricultrices – Campus paramédical
Sélection 2025
12 bd Maréchal de Lattre de Tassigny
BP 77908
21079 DIJON Cedex**

Un accusé de réception du dossier sera envoyé par courriel, aucune réponse téléphonique de réception de dossier ne sera communiquée. Tout dossier incomplet, reçu ou déposé hors délai sera refusé. Le dossier refusé sera retourné au candidat.

**En raison des formalités administratives il est recommandé aux candidats des DROM-COM d'envoyer le dossier avant le : 3 février 2025
Aucun dossier ne sera pris en compte au-delà de ces dates.**

Composition du dossier de candidature ERIP CHU Dijon

Document à imprimer et à remplir

Nom, nom d'usage et prénom :

Documents à fournir

Réservé au
candidat

Réservé à
l'ERIP

Fiche de renseignements	Complétée dans sa totalité (document à imprimer) 2 numéros de téléphone obligatoires Adresse mail lisible Datée, signée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Copies recto-verso d'une pièce d'identité claire et lisible	Pièces d'identité acceptées : - Carte nationale d'identité <u>valide</u> - Passeport <u>valide</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettre manuscrite de demande d'inscription au concours	Lettre manuscrite, datée et signée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 photos d'identité	Photos d'identité format 3,5 x 4,5 (dont une à coller sur le dossier d'inscription)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copie du diplôme d'Etat obtenu et/ou certificat de scolarité	Copie du diplôme d'Etat Infirmier ou Sage-Femme <ul style="list-style-type: none"> • Pour les professionnels : copie du numéro d'enregistrement du diplôme (numéro ADELI) • Pour les étudiants IFSI : certificat de scolarité de dernière année d'étude 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AFGSU	Copie de l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU) niveau II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attestation de prise en charge des frais de scolarité pour l'année de formation	Attestation de prise en charge ou de demande de prise en charge des frais de scolarité pour l'année de formation par l'employeur ou l'organisme de financement concerné ou, à défaut, un engagement sur l'honneur du candidat à régler les frais de scolarité (cf. pièce jointe) qui s'élèvent à 7750 €.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frais d'inscription sélection	Un chèque de 120 €, non remboursable, en règlement des frais de dossier et de sélection, libellé à l'ordre de « Trésorerie des Hôpitaux de Côte d'Or »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Pour les personnes en situation de handicap qui souhaiteraient en faire part à l'institut de formation, nous vous invitons à prendre contact par mail : campusp.handicap@chu-dijon.fr avec un référent Handicap afin d'envisager les aménagements possibles pour participer à la sélection et/ou pour suivre la formation, dans les meilleures conditions possibles.</p>			

Seront à fournir au moment de la confirmation d'entrée à l'école :

- Une copie de l'attestation de Droits de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- Un certificat médical émanant d'un médecin agréé attestant que vous n'êtes atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession de puéricultrice
- Un certificat médical attestant que vous remplissez les obligations d'immunisation et de vaccination prévues par la réglementation.

Comme l'exige la législation, la diphtérie, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole, les oreillons, la rubéole et l'hépatite B sont obligatoires pour entrer en formation dans le domaine de la santé. Il est donc vivement conseillé de mettre à jour ou d'anticiper vos vaccinations.

« Arrêté du 08 Avril 2020 **Article 11.** – *L'admission définitive est subordonnée:*

1. *À la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'un certificat médical émanant d'un médecin agréé attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine;*
2. *le cas échéant par les dispositions du titre 1er du livre 1er de la troisième partie législative du code de la santé publique. »*

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE :

DATE ET EMPLOI	DUREE	NOM ET ADRESSE EMPLOYEUR	TYPE DE SERVICE ET ACTIVITE

SI ETUDIANT EN SOINS INFIMIERS :

IFSI où vous êtes actuellement :

Adresse de l'IFSI :

STAGES REALISES EN IFSI (si formation initiale inférieure à 2 ans)	DUREE

SUJETS DE MEMOIRE IFSI, AUTRES PUBLICATIONS...

ACTIVITES EXTRA PROFESSIONNELLES (en lien avec l'enfant)

AVEZ-VOUS DEJA PASSE LE CONCOURS D'ENTREE D'IPDE ? OUI NON

- Nom de l'école :
- Année(s) du ou des concours :

ETES-VOUS INSCRIT(E) DANS UNE OU AUTRES ECOLES POUR PASSER LE CONCOURS D'IPDE :

OUI NON

Si oui, laquelle (lesquels) ?

.....
.....

AUTORISATION DE DIFFUSION DES RESULTATS (ECRIT – ORAL)

Je soussigné(é) :

.....

- Accepte que mon nom figure sur internet
- N'accepte pas que mon nom figure sur internet

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier de candidature :

Date :

NOM – Prénom :

Signature :

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE
DES FRAIS DE SCOLARITE DE LA FORMATION**

Par l'employeur ou l'organisme de financement	Par le candidat n'ayant pas de prise en charge
Frais de scolarité : 7750 € Etablissement	Frais de scolarité : 7750 € Candidat
<p>Je soussigné(e) : Qualité :</p> <p>Atteste que : Mme / M. :</p> <p>Cochez une seule case :</p> <p><input type="checkbox"/> A déposé une demande de prise en charge des frais de scolarité auprès de notre établissement</p> <p><input type="checkbox"/> Sera pris(e) en charge par l'établissement pour les frais de scolarité afférents à cette formation, sous réserve de son admission à la formation d'infirmière puéricultrice</p> <p><input type="checkbox"/> A fait une demande de prise en charge des frais de scolarité auprès de l'organisme suivant :</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sera pas pris(e) en charge par l'établissement</p> <p>Date :</p> <p>Signature et cachet de l'établissement :</p>	<p>Je soussigné(e) :</p> <p>M'engage sur l'honneur, en cas d'admission à la formation d'infirmière puéricultrice, à régler la totalité des frais de scolarité afférents à cette formation</p> <p>Date :</p> <p>Signature du candidat :</p>